

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MEDECINE)

PAR

NYSENHAUZ Chaja Estera

née le 16 Août 1908 à LODZ (Pologne)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
GROSSESSE GÉMELLAIRE

(Etude clinique et statistique faite à la Maternité de Lariboisière)

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

LIBRAIRIE L. RODSTEIN
17, RUE CUJAS
PARIS (V°)

1933

ANNÉE 1933

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MEDECINE)

PAR

NYSENHAUZ Chaja Estera

née le 16 Août 1908 à LODZ (Pologne)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA GROSSESSE GÉMELLAIRE

(Etude clinique et statistique faite à la Maternité de Lariboisière)

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

LIBRAIRIE L. RODSTEIN
17, RUE CUJAS
PARIS (V°)

1933

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	N...
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales ..	BAUDOIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	MARION.
Pathologie expérimentale et comparée ..	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée ..	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	LENORMANT.
	CUNÉO.
	GRÉGOIRE.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.

Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	LÉON BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MAUCLAIRE.
	MULON.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
ALAJOUANINE : Neurologie et Psychiâtrie.	JOANNON : Hygiène.
AUBERTIN : Pathologie médicale.	LABBÉ (Henri) : Chimie biologique.
BÉNARD Henri : Pathologie médicale.	LAROCHE (Guy) : Pathologie médicale.
BROCC : Pathologie chirurgicale.	LEVEUF : Pathologie chirurgicale.
BRULÉ : Pathologie médicale.	LÉVY-VALENSI : Neuro-psychiâtrie.
BUSQUET : Pharmacologie.	LIAN : Pathologie médicale.
CADENAT : Pathologie chirurgicale.	MONDOR : Pathologie chirurgicale.
CATHALA : Pathologie médicale.	MOREAU : Pathologie médicale.
CHABROL : Pathologie médicale.	MOULONGUET : Pathologie chirurgicale.
CHAILLEY-BERT : Physiologie.	MOURE : Pathologie chirurgicale.
CHEVALLIER : Pathologie médicale.	OBERLING : Anatomie pathologique.
DOGNON : Physique.	OLIVIER : Anatomie.
DONZELOT : Pathologie médicale.	PIÉDELIÈVRE : Médecine légale.
ECALLE : Obstétrique.	PORTE ^o : Obstétrique.
FÉY : Urologie.	QUÉNU : Pathologie chirurgicale.
GASTINEL : Bactériologie.	RICHTET : Physiologie.
GATELIER : Pathologie chirurgicale.	SANNIÉ : Chimie biologique.
DE GAUDART D'ALLAINES : Pathologie chirurgicale.	SÉZARY : Dermatologie et syphiligraphie.
GIROUD : Histologie.	TROISIER : Pathologie expérimentale et comparée.
HALPHEN : Oto-rhino-laryngologie.	VALLERY-RADOT (Pasteur) : Pathologie médicale.
HARVIER : Pathologie médicale.	VAUDESCAL : Obstétrique.
HAZARD : Pharmacologie.	VELTER : Ophtalmologie.
HUGUENIN : Anatomie pathologique.	VIGNES : Obstétrique.
HUTINEL : Pathologie médicale.	

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

LEQUEUX : Obstétrique.
LEROUX : Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE : Parasitologie.
REITTERER : Histologie.
ZIMMERN : Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.

ABRAMI : Clinique médicale.
CHIRAY : Clinique médicale.
DUVOIR : Clinique médicale.
BASSET : Clinique chirurgicale.
CHEVASSU : Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER : Clinique chirurgicale.
MOCQUOT : Clinique chirurgicale.

MM.

PROUST : Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ : Clinique chirurgicale.
LE LORIER : Clinique obstétricale.
LÉVY-SOLAL : Clinique obstétricale.
METZGER : Clinique obstétricale.
GUÉNIOT : Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

M.

MAUCLAIRE, professeur sans chaire : Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.

MM.

FREY : Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé : Education physique.
LEDoux-LEBARD : Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ : Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire de mon père,

A ma mère,

*En témoignage de toute ma reconnaissance
et d'attachement filial ;*

A mes frères ;

A madame David ;

A tous mes amis.

*A Monsieur le Professeur Couvelaire, Professeur
de clinique obstétricale, membre de l'Académie
de Médecine, officier de la Légion d'honneur,*

*qui nous a fait le grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.*

*A Monsieur le Docteur L. Devraigne, accoucheur
des hôpitaux de Paris,*

*qui nous a inspiré ce travail, en témoignage
de notre reconnaissance pour la bienveillance
avec laquelle il nous a toujours accueilli dans
son service.*

*A Monsieur le Docteur Milian, médecin à l'hôpital
Saint-Louis,*

Hommage respectueux et reconnaissant.

INTRODUCTION

Dans ce travail, qui est une revue statistique faite à la Maternité de Lariboisière, et portant sur un intervalle de dix années (1922-1932), nous avons essayé de présenter un tableau clinique de l'accouchement gémellaire et d'étudier quelles sont les causes de la gémellité.

Nous rappellerons tout d'abord la fréquence et nous nous arrêterons plus longtemps sur l'étiologie.

Dans un chapitre suivant nous nous occuperons de l'étude clinique : symptômes et diagnostic.

Plus loin nous étudierons l'évolution de la grossesse gémellaire avec ses complications les plus fréquentes.

Dans le chapitre sur l'accouchement lui-même, nous exposerons quelle est la marche du travail ainsi que les complications et interventions que la femme doit subir au cours de cette période.

En même temps nous étudierons la délivrance et les accidents qui peuvent arriver.

Ensuite nous passerons à l'étude des nouveau-nés en insistant sur leurs poids et l'état physique.

Nous terminerons par quelques considérations sur la grossesse triple.

Avant d'aborder notre sujet nous tenons à remercier M. le docteur Devraigne qui nous a inspiré le sujet de notre thèse et qui nous a aidé de précieux conseils.

Généralités

Les grossesses gémellaires se divisent en deux types différents : bivitellines et univitellines. La grossesse bivitelline est le résultat de la fécondation de deux ovules qui peuvent avoir diverses origines : ils peuvent provenir soit d'un seul ovaire, soit des deux ovaires. La grossesse bivitelline donne naissance à deux jumeaux de même sexe ou de sexe différent. Les grossesses univitellines peuvent se produire par deux mécanismes : ou bien il y a fécondation d'un ovule contenant deux vésicules germinatives, c'est-à-dire deux noyaux, ou bien il y a fécondation d'un ovule à noyau unique par un spermatozoïde à deux noyaux (Régaud). La fréquence chez les syphilitiques des spermatozoïdes à deux têtes a pu faire penser que la fécondation d'un ovule normal par un tel élément mâle provoquait une grossesse univitelline. Aucune constatation directe n'a confirmé cette idée.

La grossesse univitelline donne naissance à deux jumeaux identiques, toujours du même sexe.

FREQUENCE

La discordance de plusieurs statistiques sur la fréquence de la grossesse gémellaire tient à ce que cette fréquence varie suivant les pays et, dans le même pays, suivant les régions.

On compte une naissance double sur 50,05 accouchements en Russie, une sur 64 en Irlande, une sur 81,62 en Norvège. En France, Mme Lachapelle donne une proportion de 1 sur 85.

A la clinique Tarnier, la statistique faite en 1921 donne une naissance double sur 77.

Nous trouvons 278 cas de gémellité pour un total de 20.967 accouchements, soit une fois sur 75,4.

La fréquence des accouchements gémellaires dans les maternités peut être expliquée par le fait que la plupart des femmes présentant une grossesse double sont hospitalisées en raison des multiples complications toujours à craindre.

ÉTIOLOGIE

Les causes de la grossesse gémellaire ne sont pas nettement établies. Divers facteurs ont été invoqués et on les cite habituellement dans l'ordre de fréquence suivant : hérédité, âge, multiparité, terrain : alcoolisme, syphilis, tuberculose.

D'après plusieurs auteurs, les antécédents héréditaires apparaissent très nettement, et cela sans aucun stigmate de dégénérescence.

D'après nos chiffres, nous pouvons noter, sur 278 femmes, seulement 11 cas de grossesses gémellaires dans les antécédents personnels, familiaux ou héréditaires, tant du côté de la mère que du côté du père.

De même pour la multiparité : Mathew Duncan a émis au sujet de la grossesse gémellaire chez les multipares un certain nombre de lois :

« L'âge moyen des femmes accouchant de deux jumeaux est plus avancé que celui des mères en général. » « Le nombre des jumeaux relativement au nombre des enfants nés dans les différentes grossesses chez une même femme augmente avec le nombre de grossesses. »

Contrairement à ces constatations, nous avons trouvé, sur 259 accouchements gémellaires, 112 chez les primipares, 59 chez les deuxièmepares, 42 chez les troisièmepares et ainsi le chiffre de grossesses doubles chez les multipares décroît, comme nous le verrons dans un tableau prochain.

D'ailleurs, chez nos multipares, la cause de la gémellité n'est pas toujours la simple multiparité, mais plutôt un phénomène pathologique.

Dans les antécédents de ces femmes, nous notons souvent des avortements multiples, enfants morts ou décédés en bas âge, plusieurs fois la syphilis traitée auparavant et pendant la gestation.

Dans les accouchements actuels de ces multipa-

res nous trouvons des stigmates spécifiques maternels et ovulaires.

En examinant le placenta nous trouvons que le poids est notablement exagéré, très souvent l'hydramnios, grossesses univitellines fréquentes, enfants morts et macérés.

Toutes ces notions nous font penser que la multiparité seule n'est pas un facteur primordial dans l'étiologie de la grossesse gémellaire ainsi que l'hérédité (très rare d'après notre statistique), mais le terrain n'est pas à négliger.

De l'ensemble des faits recueillis à diverses sources, il paraît résulter que l'hérédité influe bien sur les naissances gémellaires, mais, semble-t-il, uniquement sur les gémellités bivitellines (Apert).

D'après les travaux et recherches récents on constate que l'examen du sang pratiqué chez les femmes enceintes donne des résultats sensiblement les mêmes dans les deux catégories : bivitellines et univitellines.

La grossesse univitelline provenant de la même cellule souche a été considérée comme une véritable monstruosité à l'étiologie de laquelle la syphilis paraît assez souvent en cause. La grossesse bivitelline, au contraire, peut n'être considérée que comme des œufs normaux juxtaposés.

D'après Jodin, lorsque le Wassermann est négatif, il s'agirait plus souvent de bivitellines que d'univitellines.

En réalité, le diagnostic de variété ne peut être porté avec une absolue certitude par le résultat de l'examen du sang. Certaines femmes présentant des grossesses univitellines peuvent avoir un Wassermann négatif, tandis que d'autres présentant des grossesses bivitellines peuvent avoir une réaction positive (Sugor).

On peut, dans ce cas douteux, perfectionner la méthode en utilisant pour la réaction des antigènes plus sensibles. Une récente statistique a donné les résultats suivants en faisant systématiquement la réaction de Wassermann et Desmoulière dans 100 cas de grossesses gemellaires :

	Positif	Douteux	Négatif
Univitellines	9	9	23
Bivitellines	8	3	45
Indéterminées	8	1	2

Une telle statistique pourrait peut-être varier avec des réactions plus sensibles. La proportion de réactions positives paraît sensiblement la même dans les deux catégories ; seule la proportion de réactions douteuses est trois fois plus élevée chez les univitellines. Ces chiffres s'opposent à l'opinion de ceux qui, comme Gunnar et Dalberg, ne reconnaissent aucun rôle à la spécificité dans la pathogénie des univitellines. Ils semblent même soutenir l'opinion contraire (Jodin). Un grand nombre d'autres comme MM. Edmond Fournier, Merklen,

Hutinel considèrent la grossesse gémellaire comme une anomalie. Le professeur Hutinel examinait systématiquement les enfants jumeaux amenés aux Enfants-Assistés, avant de leur donner une nourrice, dans la crainte d'une contamination. Il avait, en effet, noté une proportion élevée d'hérédosyphilitiques chez les jumeaux. M. le professeur Bar, d'autre part, admettait depuis longtemps les mêmes idées comme il est exposées le 14 juin 1920 à la Société d'Obstétrique de Paris à propos de deux monstres jumeaux.

M. le professeur Couvelaire partage cette manière de voir.

A l'appui de ces idées, M. Merklen rapporte 17 observations de gemellité unisexuée à propos desquelles il a recherché la syphilis dans l'ascendance. 9 cas sont tout à fait nets : ou le père ou la mère ont présenté soit la syphilis avouée (2), soit des accidents à coup sûr spécifiques : paralysie générale, éctasie aortique.

Assez souvent on retrouve cette spécificité dans l'ascendance des jumeaux univitellins, mais ces derniers peuvent se voir également dans des familles indemnes de syphilis.

Il se peut, suivant certains auteurs, que la gemellité univitelline soit la résultante de la tuberculose, d'alcoolisme ou d'autres intoxications, bien que dans notre statistique un nombre minime de cas semblables soit révélé (un cas de tuberculose).

Mais une question se pose : y a-t-il réellement un rapport, et dans quelle mesure, entre grossesse gémellaire uniovulaire et infection syphilitique ? et il serait très important de rechercher systématiquement cette infection dans les grossesses gémellaires.

Exposé synoptique relatif au

GESTATIONS	I-pares	II-pares	III-pares	IV-pares
Accouchements gémellaires	112	59	42	17
Antécédents gémellaires	3 fois	2	4 (une 2 fois)	—
1) Bivitellines 2) Univitellines	Biv. Uni. 34 - 71	Biv. Uni. 38 - 14	Biv. Uni. 31 - 11	Biv. Uni. 11 - 6
Σ à craindre	28 - 39	18 - 14	10 - 11	6 - 6
Enfants morts et macérés	7 - 9	6 - 3	0 - 2	1 - 2
Malformations	3 - 4	2 - 1	0 - 0	0 - 0
Excès de liquide	1 - 3	2 - 6	2 - 3	0 - 0
Placenta (poids augmenté)	23 - 32	6 - 12	9 - 11	6 - 6
Maladies maternelles autres que la Σ	10 (9 album.) + éclampsie	0	1 tubercul. éclampsie	Avortements

rapport grossesse gémellaire syphilis

V-pares	VI-pares	VII-pares	VIII-pares	IX-pares	X-pares
12	6	9	2	2	1
—	—	1 (3 fois)	1	1	1 (3 avort. gémell.)
Biv. Uni. 7 - 2	Biv. Uni. 4 - 2	Biv. Uni. 7 - 2	Biv. Uni. 2 - 0	Biv. Uni. 1 - 1	Biv. Uni. 1 - 0
3 - 3	2 - 2	5 - 2	1 - 0	1 - 0	1 - 0
0 - 1	1 - 0	2 - 0	0 - 0	1 - 0	0 - 0
0 - 0	0 - 0	0 - 0	0 - 0	0 - 0	0 - 0
1 - 0	1 - 0	0 - 0	0 - 0	0 - 0	1 - 0
2 - 3	2 - 2	5 - 2	1 - 0	1 - 0	1 - 0
Avortements Enf. décédés	Avortements	Avortements Σ traitée	Avortements	Avortements	3 avort. gémellaires

Grossesse : symptômes et diagnostic

Au début de la grossesse gémellaire et pendant les premiers mois rien n'attire le plus souvent l'attention.

SYMPTOMES FONCTIONNELS

Les vomissements, les nausées, les troubles sympathiques sont plus fréquents que dans les grossesses simples.

Les femmes éprouvent une gêne respiratoire, présentent des varices, de l'œdème des membres inférieurs, de l'œdème sus-pubien. A l'examen le volume de l'utérus n'est pas en rapport avec l'âge de la grossesse, surtout vers la fin de la gestation.

La palpation permet de repérer les diverses régions fœtales. Le diagnostic est d'autant plus certain que l'on retrouve mieux les quatre pôles fœtaux, ou bien si l'on n'en trouve que trois le diagnostic n'est pas moins sûr.

A l'auscultation il faut percevoir deux foyers

distincts des battements cardiaques. Ce moyen n'est vraiment sûr que lorsque les battements sont à des rythmes très différents, 100 et 130, par exemple.

Dans le cas d'un fœtus mort le procédé est en défaut.

Il existe certaines positions avec un seul fœtus, dans une occipito-iliaque-gauche-postérieure (O.I. G.P.) en particulier, où l'on entend souvent deux foyers maxima, l'un à droite, l'autre à gauche, mais l'auscultation simultanée révèle un rythme identique.

Par contre, dans le cas où les deux cœurs sont placés l'un devant l'autre (fœtus longitudinaux ou un fœtus vertical et l'autre transversal), à l'auscultation on n'entend qu'un seul foyer battant de temps en temps régulièrement, puis présentant un rythme irrégulier, rappelant le bruit fait par deux chevaux attelés et qui trottent (signe d'Arnoux).

Confirmation est donnée par l'examen aux rayons X, qui, outre le diagnostic de gémellité, permettra de situer exactement les fœtus et de prévoir, donc éviter dans une certaine mesure, la dystocie, grâce à un examen fait suffisamment près du terme.

L'énorme distension de l'abdomen nécessite l'utilisation de clichés de grande surface et malgré celle-ci, il est possible qu'on ne voie sur l'image qu'une seule tête fœtale, la projection de la seconde s'étant faite en dehors du cliché.

M. Bouchacourt a attiré l'attention sur cette difficulté d'interprétation ; en pareil cas il ne faut pas chercher systématiquement l'image de deux têtes, mais savoir reconnaître les autres parties du squelette du fœtus, dont l'image de la tête ne figure pas sur le cliché.

On recherche surtout la colonne vertébrale et on compte le nombre des petits membres. Grâce à cette méthode aucune erreur ne pourra être faite.

Cependant il est des cas où, probablement par suite d'une erreur de technique, l'image radiographique donne deux fœtus alors qu'il n'y en a qu'un (pose trop longue ? le fœtus a-t-il remué ?)

Dans un autre cas M. Devraigne a diagnostiqué deux fœtus, l'image radiographique n'en montra qu'un seul et cependant ils étaient bien deux : l'un des deux était un anencéphale.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Dans les premiers mois, alors que l'utérus prend un développement relativement considérable par rapport à l'âge de la grossesse, on peut penser à une môle hydatiforme. Cette affection est caractérisée par la mollesse de l'utérus, des hémorragies, des pertes séreuses, l'expulsion des vésicules.

A mesure que la gestation avance, les risques d'erreurs augmentent.

S'agit-il seulement d'un gros enfant, surtout en gauche postérieure, avec deux foyers d'ausculta-

tion ? Dans ce cas on ne trouve que deux pôles, et le volume de la présentation est considérable.

Y a-t-il hydrocéphalie ? La radiographie, en donnant une image nette du crâne fœtal, permet de vérifier les proportions et le nombre.

Y a-t-il hydramnios ? Dans l'hydramnios il y a beaucoup de liquide et peu de parties fœtales ; on ne sent que deux pôles ; la fluctuation est nette et le ballonnement abdominal exagéré.

Y a-t-il grossesse et tumeur prise pour un troisième pôle ? Le fibrome est plus superficiel, il est moins mobile, il ne ballotte pas, il durcit pendant la contraction.

L'auscultation minutieuse et la radiographie peuvent aider à trancher la question.

La coexistence d'une grossesse gémellaire intra et extra-utérine est une rareté.

Evolution de la grossesse gémellaire

En dehors des troubles de la respiration, de la digestion et de la circulation, de multiples complications peuvent survenir. Les plus fréquentes sont : l'hydramnios, l'avortement, l'éclampsie et l'albuminurie.

HYDRAMNIOS

Très fréquent, se voit surtout dans la grossesse univitelline. La marche de l'hydramnios peut être aiguë ou chronique.

L'hydramnios primitif aigu se développe en quelques jours et se révèle vers le quatrième mois. Le ventre augmente brusquement de volume. La quantité de liquide contenu dans l'utérus est de 2 à 4 litres. L'avortement gémellaire est la terminaison habituelle de cette complication.

L'hydramnios secondaire chronique est habituellement localisé à l'un des œufs et s'explique par les communications vasculaires entre les deux fœtus au niveau du placenta. On sait que dans la grossesse

univitelline il y a toujours des communications vasculaires au niveau du placenta.

L'un des fœtus appelé transfuseur s'atrophie parce que son cœur, quoique petit, lance une grande partie de son sang dans le système circulatoire de l'autre fœtus. Ce second fœtus, appelé transfusé, aura par suite un cœur dilaté, des tissus œdématisés et une cavité amniotique contenant un excès de liquide.

Ceci est relatif aux fœtus encore vivants ; mais à la longue les lésions sont telles qu'un des fœtus meurt. La grossesse peut continuer et aller à terme.

AVORTEMENT

L'avortement gémellaire présente des particularités qui le distinguent de l'avortement simple. Le point intéressant c'est la période d'expulsion : l'avortement se fera à travers un col incomplètement effacé. Cette dilatation insuffisante, qui ne gêne pas le passage du fœtus, pourra constituer un obstacle à la délivrance.

Bien entendu, on ne pourra diagnostiquer un avortement gémellaire que si on a posé avant celui de grossesse gémellaire.

Quelquefois après l'expulsion d'un fœtus l'utérus paraissant gros, un toucher vaginal montre la présence d'un deuxième œuf.

Souvent après l'expulsion d'un fœtus, tout se calme, le col se referme et la grossesse peut continuer.

Cette gestation continuant après un avortement incomplet peut passer inaperçue. Pour une raison occasionnelle, mais non heureuse (intervention) elle peut être interrompue.

Il convient de surveiller de près la femme, sans toutefois se presser d'intervenir en absence de toute menace d'infection et d'hémorragie.

Jusqu'au troisième mois, l'avortement se fait en un temps, l'œuf est expulsé en bloc : fœtus et annexes.

Mais après le troisième mois l'avortement se fait en deux, même en trois temps, et pour chaque temps, une rétention complète ou incomplète peut se produire. Les causes de rétention sont les mêmes que dans l'avortement simple : adhérences multiples dues à de l'endométrite ; col qui, insuffisamment dilaté, commence à revenir sur lui-même ; contractions utérines insuffisantes, placenta gros, surtout dans le cas de placenta unique.

Le point noir est la rétention placentaire ; donc surveiller l'état du col, suivre le pouls et la température, veiller à la plus petite menace d'hémorragie, assez fréquente en pareil cas (Maygrier), pour intervenir en temps voulu par une dilatation du col et un curage digital.

Au 5^e et 6^e mois la rétention placentaire est moins à craindre. La délivrance se fait fréquemment spontanément. Si elle se prolonge, il sera nécessaire de prendre les mêmes précautions.

Nous avons insisté longuement sur l'avortement

gémellaire parce que c'est une complication fréquente et grave.

D'après notre statistique, nous trouvons 17 avortements sur 234 accouchements gémellaires :

à 4 mois	3
à 4 mois et demi	8
à 5 mois	2
à 5 mois et demi	3

L'avortement est plus fréquent chez les primipares (8) que chez les multipares.

La rétention du placenta, du chorion, de la caduque est très fréquente et nous l'observons dans tous les avortements de 4 mois et 4 mois et demi. Chaque avortement a été suivi d'un curetage, d'une révision utérine ramenant de débris placentaires.

Observation (prise à la Maternité de Lariboisière) :

Dans un cas d'avortement de 4 1/2 mois, pour une rétention totale de la caduque et partielle du chorion, on a fait un curage digital, suivi d'un curetage et ensuite écouvillonnage. L'état de la femme était grave et elle a fait une syncope pendant l'anesthésie. L'hémorragie du col utérin pour déchirure de la lèvre antérieure a compliqué l'intervention. On a amené 50 grammes de débris placentaires.

ÉCLAMPSIE ET ALBUMINURIE

D'après certains auteurs, la gémellité serait une cause prédisposante à l'éclampsie. Les statistiques, à ce sujet, fournissent des résultats tout à fait différents.

Clément donne un cas de grossesse gémellaire sur 14 cas d'éclampsie ; Goldberg, 5 fois sur 100 ; MM. Chambrelent et Cathala, une fois sur 261.

Au cours de nos recherches, nous avons observé 5 cas d'éclampsie et 12 cas d'albuminurie à haute dose.

Observations (de Lariboisière) :

1. Dans le cas d'une primipare de 24 ans, nous avons noté deux crises d'éclampsie au cours du travail. Une saignée de 800 grammes fut pratiquée. La femme accoucha de deux filles vivantes.

2. Primipare de 23 ans. Avant l'accouchement T. A = 18-8 (Pachon), signes d'éclampsisme très marqués. Travail long, 58 h. 30'.

Premier accouchement : forceps sur un sommet, enfant né vivant étonné.

Deuxième accouchement : présentation du siège, extraction facile, enfant mort-né présentant de l'œdème. Délivrance naturelle : placenta œdématisé, œuf fétide. T. A = 13 — 6 (Pachon) après l'accouchement.

3. Primipare de 28 ans à terme. Urines albumineuses pendant la gestation. Pendant le travail : deux crises convulsives.

Premier accouchement : fille vivante.

Deuxième accouchement : procidence d'une main, facilement réduite. Forceps Tarnier — fille morte. Femme fatiguée. Revision utérine — injection iodo-iodurée, huile camphrée-éthérée. Sérum glucosé, adrénaline, hypophyse. Femme décédée 6 h. 55' après.

4. Primipare de 27 ans à terme : albuminurie de 12 grammes, fait deux crises d'éclampsie avant son arrivée dans le service, quatre crises dans la salle. Les bruits du cœur fœtal non perceptibles. A l'arrivée, saignée de 600 grammes, plus 200 grammes en ville. T. A = 15 — 10,5 (Vaquez) à l'arrivée, 18 — 13 après une crise. Deux garçons mort-nés.

Toutes ces observations nous montrent que l'éclampsie est une complication grave tant pour la mère que pour les fœtus.

Il serait indiqué d'examiner dès le début de la gestation les urines et de prendre la tension artérielle pour se rendre compte du moment où le régime doit être institué pour éviter, dans la mesure des possibilités, les causes d'intoxications gravidiques au cours de la grossesse gémellaire où elles présentent un caractère de gravité particulière.

Accouchement

TERME

Dans un grand nombre de cas, l'accouchement se fait avant terme, surtout chez les primipares. L'avortement n'est pas rare et toujours à craindre.

Voici les résultats que nous avons trouvés en faisant la statistique à la Maternité de Lariboisière :

Terme ou près du terme.....	94
8 mois	75
7 mois	31
6 mois	17
5 mois et demi	3
5 mois	2
4 mois et demi	8
4 mois	3

En somme nous trouvons 123 fois des accouchements prématurés sur 94 accouchements à terme, laissant de côté les 17 avortements.

Il nous reste à examiner quelles peuvent être les causes de ces accouchements prématurés.

La gestation gémellaire parvient rarement à son terme ; l'utérus, surdistendu, se vide de son contenu prématurément, surtout chez les primipares. A quelque époque que ce soit, l'hydramnios est la cause la plus fréquente incriminée de l'interruption de la grossesse; c'est à elle que, 7 fois sur 10, serait dû l'avortement. MM. Maygrier et Demelin trouvent 2 fois sur 15 la syphilis et insistent sur le rôle de l'hydramnios augmentant rapidement à partir du troisième mois.

PRÉSENTATIONS

D'après Budin, les fœtus peuvent affecter trois positions l'un par rapport à l'autre :

1° Les deux fœtus sont l'un à côté de l'autre ; on dit qu'ils sont juxtaposés ;

2° Ils sont placés l'un au-dessus de l'autre ; ils sont superposés ;

3° Ils sont l'un au-devant de l'autre ; ils sont antéposés.

Voici, dans un tableau, résumé, la proportion respective des différentes positions :

1 sommet + 1 siège	123
2 sommets	85
2 sièges	24
1 sommet + 1 épaule	5
1 front + 1 sommet	4
1 siège + 1 épaule	1
1 face + 1 siège	1
2 épaules	1

Nous voyons par là que la présentation la plus fréquente est un sommet associé à un siège, ensuite deux sommets.

Nous trouvons rarement un sommet associé à une épaule ou à une face.

L'association de deux sièges est relativement rare, et pour un siège associé à une face : un seul cas.

Le pronostic infantile est ici moins favorable que dans les présentations du sommet.

Les présentations de la face et de l'épaule sont très rares. Le pronostic dans ces cas doit être réservé, car une intervention est souvent nécessaire.

PÉRIODE DU TRAVAIL

C'est un accouchement qui, plus qu'un autre, peut présenter des incidents, car dans l'accouchement gémellaire il y a anomalies du côté de l'utérus et du côté de son contenu.

La dystocie d'origine maternelle est la plus fréquente. L'utérus surdistendu ne suffit pas à l'effort qu'il lui faut fournir, il se contracte plus péniblement que dans une grossesse simple. La période d'expulsion est plus lente, car la force déployée par l'utérus agit en partie sur le second fœtus. Le travail se prolonge et la femme s'épuise. Un moment vient où les contractions cessent complètement ; il y a même un retour en arrière : le col revient sur lui-même, la dilatation rétrocede.

Cette longue durée du travail finit par affaiblir les contractions utérines et entraîne l'inertie de cet organe.

Du côté de l'enfant, les causes de dystocie sont plus nombreuses.

Les procidences du cordon (10 fois), ou des membres (10 fois) sont assez fréquentes.

Nombreuses sont les causes qui gênent l'accommodation de la présentation au détroit supérieur et son engagement, et qui sont capables de créer entre la présentation et la paroi pelvienne un espace libre où peuvent glisser le cordon ou les membres. Comme autres causes de dystocie, nous notons la petitesse des fœtus, les présentations vicieuses, l'excès du liquide amniotique, l'insertion plus ou moins basse d'une masse placentaire considérable, qui explique les hémorragies très fréquentes.

En général, la durée du travail est plus longue dans l'accouchement gémellaire que dans l'accouchement simple.

Entre les deux accouchements il s'écoule un temps variable qui peut aller de quelques minutes à plusieurs heures.

La période d'expulsion du second fœtus est d'assez courte durée, les voies génitales étant préparées par le passage du premier enfant ; nous exceptons cependant les cas de présentations

vicieuses assez fréquents pour le deuxième fœtus où l'on est obligé d'intervenir.

INTERVENTIONS

Dans le tableau suivant, nous résumons les différentes interventions auxquelles on a été contraint de recourir pendant le travail de 258 femmes :

Forceps	36
Version	10
Cranioclasie	1 (sur 2 têtes)
Basiotripsie	1

1. Les applications de forceps ont été faites surtout pour la lenteur du travail, pour l'inertie utérine et aussi pour la souffrance du fœtus.

2. Les causes qui ont justifié la version par manœuvres internes sont : présentations de l'épaule au cours du deuxième accouchement, les hémorragies, les procidences, la souffrance du fœtus.

3. Dans toutes les présentations du siège on a employé les différents procédés manuels pour l'extraction des enfants.

Dans un seul cas, sur nos 258 cas, on a dû faire une cranioclasie sur la première tête dont l'enfant

était mort et qui ne descendait pas, gêné par la tête du second fœtus qui, lui, est sorti vivant sans interventions. Ceci prouve bien que les accrochements des fœtus sont d'une extrême rareté.

DÉLIVRANCE

Dans les grossesses gémellaires, la délivrance est moins souvent normale et moins classique ; elle peut comporter plus de difficultés que la délivrance d'un accouchement simple.

L'utérus surdistendu, après ses contractions nombreuses et fortes, va reprendre avec peine, après l'expulsion de deux fœtus, son tonus ordinaire.

Il peut en résulter une hémorragie grave par inertie utérine.

Au lieu du globe dur ou ferme, on trouve un organe à parois molles et dépressibles.

Cependant l'utérus est normalement plus volumineux après un accouchement gémellaire qu'après un accouchement simple, et il faut tenir compte de cette exagération normale de volume de l'utérus en absence des signes d'hémorragie interne, dans le diagnostic d'une hémorragie utérine possible.

Après la sortie des jumeaux, la délivrance peut se compliquer encore : un placenta peut se décoller en totalité, alors que l'autre reste encore adhérent ;

le résultat est le même que dans un décollement partiel du placenta normalement inséré.

Contre notre attente nous n'avons trouvé que deux cas de placenta proevia.

L'hémorragie implique, comme toujours, une intervention immédiate. Si l'utérus saigne avant que la délivrance soit faite, il faut pratiquer tout de suite une délivrance artificielle.

Au cours de nos recherches, nous notons, sur 258 cas, 41 fois la délivrance artificielle, pour hémorragie (19), non décollement du placenta, placenta proevia (2), rétention, etc.

Étude des nouveau-nés

Les jumeaux à leur naissance ont un poids, une taille et un développement général inférieurs à celui des enfants uniques de même âge.

La moyenne de poids qui, pour le nouveau-né à terme, est de 3.250 gr., pour le jumeau à terme est de 2.500 gr.

Le repos de la femme pendant les derniers temps de la grossesse a une heureuse influence pour remédier dans une certaine mesure à l'infériorité des jumeaux.

M. A. Bachimont, à l'instigation de M. le professeur Pinard, a révélé les observations de 225 femmes ayant accouché de deux jumeaux à la clinique Baudelocque (années 1897-1899), en classant à part celles qui se sont reposées pendant les derniers temps de leurs grossesses (112), celles qui ne l'ont pas fait (49).

Il note que pour les premières le poids moyen du premier enfant à la naissance a été 2.580 gr. et le poids du second 2.480 gr.

Pour les autres, 1.935 gr. pour le premier, 1.900 gr. pour le second.

Il faut du reste distinguer le poids des jumeaux d'une gémellité bivetelline ou univitelline.

Dans les gémellités bivitellines, la différence de poids entre les jumeaux est en général minime. Dans les accouchements bisexués, la différence est le plus souvent en faveur du garçon, quoique faible.

Par contre dans les accouchements univitellins, on trouve souvent de grands écarts de poids entre les deux fœtus, du fait de la transfusion de l'un par l'autre.

Par suite des accouchements avant terme, tous les jumeaux sont prématurés, mais plus souvent naissent en état de débilité congénitale les univitellins, et c'est un facteur de mortalité infantile très élevée pour ces derniers.

Il n'est pas rare de rencontrer des malformations congénitales : pieds bots, bec-de-lièvre, spina bifida, anencéphalie, doigts soudés, etc. Nous en avons observé quelques cas.

Le pronostic, même à durée normale de la gestation, est moins bon pour les jumeaux; ils sont plus fragiles que les autres, même prématurés. Les jumeaux uniovulaires sont particulièrement délicats.

Cette fragilité peut s'atténuer ultérieurement, mais au cours de la première année Weinberg note 57 % de décès chez les univitellins contre 49 % chez les bivitellins.

Un danger qui menace les jumeaux, c'est l'anémie ferriprive. Elle a été bien étudiée par M. Apert.

Il en explique ainsi la genèse : « Dans les premiers temps de la vie, c'est aux dépens du fer accumulé dans le foie pendant la vie fœtale que les besoins du développement sont satisfaits. Ce fer provient de l'organisme maternel. Mais quand la mère porte deux jumeaux, ceux-ci se partagent le fer disponible de l'organisme maternel et ne peuvent en accumuler qu'une provision insuffisante. »

Grossesses triples

Nous n'en dirons que peu de mots, n'ayant pu en réunir que 5 cas.

Dans ces 5 cas, nous avons noté qu'il s'agissait trois fois de primipares et deux fois de deuxième-pares, parmi lesquelles une était traitée pour la syphilis et le procréateur était bacillaire.

Sur les 5 observations, nous voyons que la grossesse a été à terme trois fois, à 7 mois une fois, à 5 mois une fois.

Si nous jugeons de la grossesse triple par ces 5 cas, le pronostic fœtal ne paraît pas être très favorable.

Cependant, d'après Puech, Strassman, il ne semble pas que la mortalité maternelle ou infantile soit bien plus élevée dans cette variété de grossesse que dans la grossesse gémellaire.

M. le professeur Bar a montré que dans cette forme de grossesse, il y a toujours un œuf unique et un œuf évoluant dans le sens double, c'est-à-dire univitellin.

En résumé, la grossesse triple semble en tous points comparable à la grossesse double, aussi bien par ses causes que par son évolution, ses accidents et sa terminaison.

Observations :

1. Deuxième-paire de 27 ans à terme met au monde trois garçons : le premier pesant 2.130 gr., le deuxième 2.450 gr. et le troisième 2.370 gr.

La délivrance est naturelle et complète et le placenta pèse 1.020 gr.

Antécédents du côté de la mère : emphysème pulmonaire et syphilis traitée.

Le procréateur est bacillaire. Nous n'avons pu trouver aucune description précise concernant le placenta.

2. Primipare de 25 ans entre à Lariboisière pour des douleurs qui surviennent au cours du cinquième mois de la gestation. Après la rupture spontanée et tempestive des membranes, elle accouche le 25 juin d'une fille vivante pesant 580 gr.

Le 27 juin, accouchement d'une deuxième fille vivante pesant 620 gr. Cette fois, pour la présentation du siège on est obligé de pratiquer un abaissement d'un pied. Trois heures après, troisième accouchement d'un garçon vivant pesant 700 gr.

La femme, ayant expulsé de nombreux caillots après la sortie du troisième fœtus, fait un peu de fièvre : 38°5. Pouls à 108. On fait une injection vaginale de liqueur de Labarraque. La femme accuse de la dyspnée, des troubles oculaires et continue à perdre des caillots; on pratique à ce moment, c'est-à-dire 6 h. 45 m. après l'expulsion du troisième fœtus, une délivrance artificielle : l'injection intra-utérine iodo-iodurée suivie d'injection vaginale à la liqueur de Labarraque. Quarante-cinq minutes après la délivrance, la femme fait un frisson qui dure 25 minutes. Température : 39°9. Pouls : 140.

3. Primipare de 29 ans envoyée dans le service par une sage-femme, après l'expulsion de deux jumeaux, au terme de 7 mois environ.

Premier accouchement a été fait chez la femme.

Deuxième accouchement chez la sage-femme qui a constaté la procidence d'un troisième cordon et a dirigé la femme à Lariboisière.

Les deux fœtus expulsés étaient des garçons n'ayant fait que quelques inspirations.

Vingt-six heures après, accouchement d'un troisième fœtus du sexe masculin mort-né. Délivrance naturelle, face utérine douteuse, placenta chair à saucisse pèse 640 grammes.

4. Primipare de 22 ans à terme, accouche, à intervalles de 15 minutes, de deux garçons vivants pesants 2.170 gr. le premier et 2.320 gr. le second.

Troisième : un œuf unique avec fœtus se présentant par le sommet. Enfant né en état de mort apparente, forme blanche, n'ayant pu être ranimé. Délivrance naturelle, paraissant complète et pesant 1.300 grammes.

CONCLUSIONS

Notre statistique, qui porte sur dix ans à la Maternité de Lariboisière, comprend 259 cas de grossesses gémellaires, dont :

I. — Bivitellines, 140; univitellines, 119.

112 chez les primipares, le reste chez les multipares.

Chez nos primipares : 71 univitellines contre 34 bivitellines.

Chez nos secondipares, 14 univitellines contre 38 bivitellines.

Chez nos tertipares, 11 univitellines contre 31 bivitellines.

Chez nos quartipares, 6 univitellines contre 11 bivitellines.

Chez nos quintipares, 2 univitellines contre 7 bivitellines.

Nous n'avons noté que 11 cas d'hérédité.

II. — Dans 75 bivitellines et 77 univitellines, nous avons soupçonné la syphilis, avec ou sans réaction

de Wassermann : celle-ci gagnerait à être recherchée systématiquement, mais toujours avec les autres réactions plus sensibles.

III.— Le diagnostic de la grossesse gémellaire est à poser le plus tôt possible pour éviter, autant qu'il se peut, certaines complications, particulièrement : avortement, albuminurie, éclampsie.

IV. — La difficulté du diagnostic a diminué depuis qu'on pratique mieux le palper de l'utérus gravide et que la radiographie pendant la gestation est pratiquée d'une manière courante.

V. — L'accouchement gémellaire a lieu généralement avant terme : 123 contre 94 à terme.

VI. — La présentation la plus fréquente est celle du sommet associée à un siège : 123 sur 244 accouchements.

VII. — La durée du travail est plus longue que dans le cas d'un accouchement simple : deux accouchements, utérus surdistendu, fatigué, présentations vicieuses, procidences variées, interventions fréquentes.

Nous n'avons noté qu'un cas d'accrochement des fœtus.

VIII. — Par contre, la délivrance est souvent compliquée d'hémorragie par inertie utérine, ou du fait d'une masse placentaire considérable en partie décollée prématurément ou qui laisse une vaste plaie.

IX. — Les jumeaux sont des enfants prématurés souvent débiles : ils présentent un poids inférieur au poids des enfants uniques de même âge.

X. — La mortinatalité d'un ou de deux jumeaux est fréquente (43). Les malformations congénitales s'observent dans un nombre de cas assez élevé (9).

XI. — Le repos de la femme pendant les derniers temps de la gestation peut amener celle-ci à terme ou au voisinage du terme et le poids des enfants en est amélioré.

XII. — Après la naissance de jumeaux, il faut combattre l'anémie ferriprive toujours à craindre et ne pas oublier le traitement spécifique qui, dans les cas suspects, confirme le diagnostic et améliore le pronostic.

Vu :

Le Doyen :

BALTHAZARD.

Vu :

Le Président de la Thèse :

COUVELAIRE.

VU

et permis d'imprimer.

Le Recteur de l'Académie de Paris :

CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- E. ABUREL : La mort d'un jumeau au cours de la grossesse gémellaire. (*Revu. Franç. de Gyn. et d'Obst.*, 25:510-518, août 1930.)
- APERT : Les jumeaux, étude biologique, physiologique et médicale, 1923.
- BARRIO : Thèse de Paris, 1910, n° 332.
- BEQUIN : Thèse Trevoux, 1910, n° 52.
- E. BOHLER : A propos d'un cas de grossesse gémellaire. (*Soc. d'Obst. et de Gyn. de Strasbourg*, séance du 6 juin 1931.)
- R. BOURSIER : La gémellité. (*La Puériculture*, 1930, n° 4, mars, p. 105-114).
- R. BOURSIER : La gémellité. (*La Puériculture*, 1930, n° 3, avril, p. 147.)
- BRINDEAU : *La pratique de l'art des accouchements*.
- DEMELIN-DEVRAIGNE : *Manuel de l'accoucheur*, 1924.
- FABRE : *Précis d'obstétrique*.
- FAYREAU et BEUROIS : Les grossesses gémellaires. (*Journ. d'Obst. et Gyn. Prat.*, n° 6, juin 1931.)
- FAYREAU et BEUROIS : Les grossesses gémellaires. (*Journ. d'Obst. et Gyn. Prat.*, juillet 1931.)
- HENRY : A propos de la conduite à tenir dans les cas d'accouchements gémellaires. (*Gaz. d'accouchement de Montpellier*, 1^{re} n°, 1928.)
- JAY : Thèse de Paris, 1921.
- JODIN : Thèse de Paris, 1930.
- LEMAITRE : Etude radiographique de la grossesse gémellaire. (Thèse de Lille, 1925-26, in-8°, n° 25.)
- W. OFFERMAN : Zur Diagnose der Zwillingsschwangerschaft. (*Monatsch. f. Geburtsch. und Gynec.*, LX, 1922, p. 259.)
- R. SUZOR : Le diagnostic de la grossesse gémellaire (*Journ. Méd. Franç.*, janvier 1931, p. 5, n° 1.)
- R. SUZOR : Le diagnostic de la grossesse gémellaire. (*L'Hôpital*, n° 287, mai 1931.)
- THIERRY : Appareil permettant le diagnostic certain dans les cas de grossesse gémel. (*Pr. Médicale* 1922, p. 1613.)
- VANVERTS : Grossesse gémellaire, malformations des deux fœtus. (*Soc. d'Obst. de Lille*, 25 février 1925.)
- ZONDEK : Ueber Zwillingsschwangerschaft. (*Zeitsch. f. Geburtsch. und Gyn.*, LXXXVI, 1923, p. 432.)

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	9
Généralités	11
Exposé synoptique	18
Grossesse : Symptomes et diagnostic	20
Evolution de la grossesse gémellaire	24
Accouchement	30
Etude des nouveau-nés	37
Grossesses triples	40
Conclusions	43
Bibliographie	47

